

O psicoterapeuta diante do comportamento suicida

Karina Okajima Fukumitsu¹

Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo: A lida com o suicídio exige do psicoterapeuta um olhar atento aos fatores de risco e aspectos relacionados à morte e ao desespero humano. O objetivo deste artigo é oferecer possibilidades de instrumentalização ao psicoterapeuta com clientes em situação de crise suicida, fornecendo reflexões sobre o suicídio, sobre procedimentos e estratégias utilizados em psicoterapia, tanto em relação à prevenção quanto à posvenção do suicídio. O método utilizado foi o levantamento bibliográfico de estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos sobre o tema suicídio, bem como a experiência de 20 anos em atendimentos a clientes em crises suicidas. Embora o ato de se matar deva ser visto como problemática de saúde pública, considera-se que uma das maneiras de se prevenir o suicídio é compreender e enxergar a pessoa suicida como um ser singular e que suas inúmeras motivações para tal comportamento pertencem ao domínio privado.

Palavras-chave: suicídio, prevenção do suicídio, psicoterapia, comportamento autodestrutivo, suicidologia.

Introdução

Alarmantes números sugerem um aumento progressivo das mortes por suicídio no Brasil. Segundo Bertolote (2012), “em função do tamanho da população brasileira, o Brasil se encontra entre os doze países do mundo onde há mais mortes por suicídio: 9.206 óbitos apenas no ano de 2008, segundo o SIM” (p. 59).

A maioria das discussões sobre suicídio não fornece ao profissional da saúde subsídios para instrumentalizá-lo quando clientes tentam se matar. Haas (1999) afirma: “Existem dois tipos de terapeutas – aqueles que perderam um paciente por suicídio e aqueles que perderão” (p. 32, tradução nossa). O objetivo deste artigo é o de oferecer possibilidades de instrumentalização ao psicoterapeuta com clientes em situação de crise suicida, fornecendo reflexões sobre o suicídio, sobre os fatores de risco e de proteção, alguns procedimentos utilizados em psicoterapia, tanto na prevenção quanto na posvenção do suicídio. O levantamento bibliográfico de estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos sobre o tema suicídio foi utilizado, bem como a experiência de 20 anos em atendimentos de clientes com comportamentos suicidas sob a ótica da Gestalt-terapia.

Ressalta-se que o título “comportamento suicida” foi utilizado no presente estudo, pois levou-se em consideração a definição proposta por Shneidman (1993), quando afirma que as tentativas de suicídio se referem usualmente ao comportamento suicida, “Podemos diferenciar a gravidade (ou risco, ou letalidade, ou suicidalidade) da intencionalidade suicida (ações, feitos, eventos, episódios) – verbalizações (usualmente conhecido como ameaças) ou

comportamento suicida (usualmente chamados de tentativas)” (p. 138, tradução nossa).

O psicoterapeuta precisa desenvolver empatia no que se refere ao sofrimento humano, isto é, o profissional pode se disponibilizar para se aproximar do lugar onde o paciente está e, por meio de sua disponibilidade interpessoal, a esperança de que o cliente possa reconhecer suas potencialidades – a fim de ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos – poderá ou não emergir. Sendo assim, uma relação terapêutica que prima pelo cuidado e não pela cura pode ser facilitadora para que o cliente ressignifique seu desespero existencial e descubra perspectivas de manejo de seus conflitos. Contudo, nem sempre tais aspectos são suficientes a ponto de assegurar que a pessoa pare de acreditar que sua morte seja mais atraente que a vida.

Hass (1999), em uma entrevista sobre a perda de um cliente suicida, afirmou: “Perder um cliente devido ao suicídio era o meu grande medo e então se tornou uma realidade [...]. A perda de um cliente traz um impacto devastador, em ambos os níveis: profissional e o pessoal” (p. 1, tradução nossa). Lidar com o fenômeno do suicídio implica aprender a lidar, entre tantos outros aspectos, com a dialética vida e morte; com o desespero humano, influenciado pela anedonia; com as imprevisibilidades da vida; com indivíduos que morreram existencialmente e que não exprimem o prazer de estarem vivos e se perderam pela falta de esperança e fé na vida. Cândido afirma, “a morte por suicídio é quase sempre sentida como inesperada e imprevisível. Apesar da existência de toda uma gama de sinais potencialmente preditivos do risco” (2011, p. 137), e dessa maneira, o suicídio de qualquer pessoa pode ser cravado na pele e penetrar nas entranhas de cada existência e, como cita Jamison (2010), “O sofrimento do suicida é íntimo e indizível, deixando que familiares, amigos e colegas lidem

* E-mail: karinafukumitsu@gmail.com

com uma espécie de perda quase insondável, assim como o sentimento de culpa” (p. 27).

Perls, Hefferline e Goodman (1997) salientam que a psicoterapia é um método “não de correção, mas de crescimento” (p. 51). Desse modo, crescimento, para a Gestalt-terapia, significa ampliar as maneiras de se trabalhar as situações do cotidiano, de forma espontânea, realizando ajustamentos criativos **em** e **na** vida. Seria possível identificar que quem procura psicoterapia oferecerá potencialidade para o ato suicida? Como pode o psicólogo ser preparado para lidar com clientes que percebem o suicídio como uma solução?

Primeiramente, aponta-se que não é possível prevenir o suicídio de maneira solitária e, por esse motivo, o trabalho deve ser realizado em parceria com a família e outros profissionais envolvidos, tais como psiquiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, massoterapeutas etc.

A seguir, apresentam-se algumas estratégias para a lida com o suicídio.

No contrato terapêutico, incentiva-se a inclusão, no item sigilo: “Manterei o sigilo desde que não haja risco de vida”. Além disso, pede-se ao cliente que escolha duas pessoas, deixando seus telefones. Os escolhidos pelo cliente poderão ser considerados como rede de apoio no trabalho do psicoterapeuta e, em crise suicida, tanto o cliente quanto o psicoterapeuta poderão tentar acesso aos indicados.

Disponibilizar-se para a dor do outro produz efeitos igualmente dolorosos no profissional, ou seja, acompanhar o cliente na luta com seu sofrimento significa também se autoacompanhar, no sentido de saber que o profissional só poderá oferecer aquilo que é possível oferecer. Isso posto, cabe salientar a frase de Merighi (2002) quando apresenta que: “Cuidar é inseparável da compreensão e como compreensão deve ser simétrica: ouvindo o outro, ouvindo a nós mesmos, cuidando do outro, cuidando de nós mesmos” (p. 158).

Reflete-se ainda que o manejo com aqueles que pensam no suicídio requer respeito, disponibilidade, trabalho constante com dores, tolerância às frustrações e trabalho interdisciplinar. Considera-se, sobretudo, que, ao lidar com o suicídio, o profissional, além dos aspectos supra-mencionados, necessita aprender a tolerar a falta de sentido do outro – um dos aspectos mais desafiantes propostos no presente estudo, ou seja, o terapeuta deve aprender a dosar sua potência e entender que seus serviços devem ser direcionados para ser o guardião do foco existencial de cada cliente e não salvar vidas. Cabe enfatizar que “Servir não quer dizer fazer pelo cliente” (Fukumitsu, 2012, p. 96). Além disso, salienta-se a importância de se confirmar que a situação em que a pessoa se encontra é difícil, não desejando retirá-la de seu sofrimento existencial.

A morte é soberana e é a situação limite de todos os seres humanos que vivem. Sendo assim, há que se indagar: existe a possibilidade de se ter o controle sobre a morte do outro? A resposta é negativa, pois também se acredita não ser possível ter o controle sobre a vida do outro. O trabalho do psicoterapeuta, portanto, não deve ser o de evitar a

morte, mas, de fato, o de promover a ampliação de situações nas quais o cliente possa se sentir vivo.

No entanto, o sentimento de impotência e a sensação de fracasso, por ocasião da morte do cliente por suicídio, são comumente compartilhados por profissionais. Tal impotência pode acentuar ansiedades e acionar a fantasia de que o psicoterapeuta precisa assumir o lugar de onipotência, colocando-se como o salvador da pessoa que deseja se matar, querendo a todo custo garantir que o outro viva. Ledo engano. A impotência é a justa medida para contrabalancear a fantasiosa onipotência de acreditar que se pode salvar alguém. O psicoterapeuta não deve assumir a onipotência, tampouco não deve se convalescer na impotência. Não se vive pelo outro aquilo que o outro deverá viver e, por esse motivo, o psicoterapeuta deve assumir somente sua potência, isto é, lembrar que cada um deve assumir as próprias responsabilidades existenciais e – repetindo – a função de psicoterapeuta não é salvar vidas, mas incentivar a sensação do cliente de estar vivo. É preciso favorecer a ampliação de outras maneiras para enfrentar o sofrimento.

Faz-se necessário aprender a tolerar, a observar e a respeitar a falta de sentido de vida dos clientes, pois, conforme afirmação de Perls (1979), “fatos observados se transformam ao serem observados” (p. 231).

Se a literatura de pesquisa abarca as inconsistências e reflete as complexidades do nosso saber, o que se dirá ao tentarmos compreender o ato de alguém querer aniquilar a própria vida?

Destaca-se que o método, o *modus operandi* e a ideia suicida não são exatamente os gatilhos do suicídio. Jamison (2010) ofereceu a melhor analogia a respeito da predisposição de uma pessoa que cometeu o suicídio: “Como o fogo: a relva seca e fortes ventos podem permanecer apenas como possibilidades perigosas, elementos de combustão. Mas, se um raio cai na relva, a chance de o fogo aumentar será rápida: pula de leve para determinada” (p. 183). Portanto, além do conhecimento sobre os fatores de risco, salienta-se que todo manejo psicoterapêutico vai ao encontro da maneira como o profissional percebe o fenômeno do suicídio, ou seja, se o profissional acredita que o suicídio seja um fenômeno que deva ser explicado, provavelmente direcionará sua atenção para as causas (precipitantes). Em contrapartida, o comportamento suicida é um fenômeno multifatorial, pelo qual devem ser acolhidos tanto os fatores de risco (predisponentes) quanto suas causas (precipitantes). Sendo assim, o ato suicida abrange o viés individual, social e cultural. Segundo Alvarez (1999): “diga-me a sua taxa de suicídio e eu lhe direi o seu grau de sofisticação cultural – pela simples razão de que o ato vai contra o mais básico dos instintos, o instinto de auto-preservação” (p. 69).

A prevenção ocorre para que as mortes sejam minimizadas e para que, com base no conhecimento prévio dos fatores de risco, seja possível levantar e conhecer os fatores de proteção. Meleiro, Fensterseifer e Werlang (2004) apontam que: “Na prevenção do suicídio, então, deve-se dar prioridade a ações que busquem evitar o que pode ser evitado,

e interromper ou amenizar o que não pode” (p. 142). Sendo assim, durante o período entre o pensamento e a ação suicida é que a prevenção se torna importante, pois o comportamento suicida envolve um processo que tem seu início desde a ideação, a tentativa, as ameaças até o ato consumado, isto é, a morte. Avaliam-se a letalidade e intencionalidade, ou seja, a reflexão sobre quão letal foi a tentativa, bem como a intencionalidade do ato: intenção e intensidade do desejo em acabar com sua vida. É necessário perceber o comportamento suicida como um todo e, assim, refletir sobre dois aspectos principais:

Qual é o pedido que o comportamento suicida revela? Ou seja, qual seria a mensagem existencial que uma pessoa que tenta se matar gostaria de transmitir?

Qual é o desejo que a pessoa que tenta o suicídio não consegue concretizar em vida?

É preciso estabelecer um plano de segurança no sentido de o cliente ter a possibilidade de acessar o psicoterapeuta em situações de desespero. Além de oferecer o número 141 do Centro de Valorização a Vida (CVV), costuma-se dizer: “*Não gostaria que você se matasse sem que me desse o direito de saber sobre seu desespero*”.

Alguns suicídios são impulsivos e outros, planejados. O que dá indício de que o suicídio foi planejado é quando o suicida deixou bilhete e carta de despedidas.

Um bilhete é uma mensagem, talvez a única coisa que tenha restado da pessoa que se matou. Bilhetes e cartas deixados por aqueles que se matam confirmam que uma vida foi encerrada deliberadamente. Conforme Jamison (2010) afirma: “bilhetes suicidas – um ponto de partida óbvio – com frequência prometem mais do que podem dar” (p. 70), e a partir da morte do outro, elucubrações acerca do ato de alguém se autoaniquilar são levantados para preencher uma lacuna do não saber e do inexplicável ato suicida.

Mensagens que revelam desespero e confusão e sinalizam os últimos momentos desenhados em formas, palavras soltas, desorganizadas, com ou sem sentido. Palavras escritas em um papel para ser a única parte de um grande todo, um papel que, talvez, se torne a única coisa que fica depois do suicídio. Cartas acusatórias, explicativas, as que buscam o perdão, compaixão e compreensão, as que parecem ter sido escritas para convencer os outros de que a morte seria a única saída para tanto sofrimento e desespero humano.

O ato de deixar um bilhete pode ser compreendido como uma necessidade de a pessoa suicida organizar e controlar antecipadamente aquilo que deverá ser organizado por outros. O tom de cada carta revela sentimentos e conflitos que o indivíduo vivenciava no momento da morte, uma vez que dizem respeito, provavelmente, aos sentimentos e pensamentos perturbados do exato momento em que a morte foi apresentada como a única saída.

Propõe-se como recurso terapêutico o testamento em vida. Diferentemente de um bilhete, que revela o intuito de se matar e deixar que os desejos sejam satisfeitos somente depois da morte, o testamento em vida é uma oportunidade para a pessoa vislumbrar possibilidades e tentar satisfazer suas necessidades na interação com o meio ambiente em vida. Testamentar não é somente a distribuição dos bens, mas também registrar aquilo que gostaria que fosse feito. O testamento em vida tem como pano de fundo a trajetória vital pessoal, e a proposta é o resgate de algo que se faça em vida.

Enquanto as mensagens de adeus expressam o que o suicida não conseguiu em vida, mas imaginou que conseguiria em morte, os testamentos podem ser um recurso para que a pessoa possa expressar e comunicar seus desejos em vida.

Outra estratégia a ser destacada é a crença na relação entre cliente e terapeuta, pois se percebe o suicídio como Pompili (2010) define: “Considero o suicídio como resultante de uma fratura decorrente das relações consigo, com outros, com a natureza humana, com as oportunidades para vivenciar o sentimento de bem-estar e apreciar o que nos circunda” (p. 234, tradução nossa).

Trabalhei com uma cliente que, em todas as sessões, dizia que se mataria. Ligava-me constantemente, deixando em meu celular uma média de 17 recados diários, dizendo que tentaria novamente o suicídio. Além disso, jogava-se na frente de caminhões, ônibus e carros e, como ela mesma mencionava, “atropelava os veículos”.

Tentara se matar anteriormente diversas vezes e, em uma das sessões, perguntou se eu já tivera um cliente que morrera por isso. Respondi que não, ao que retrucou: “*Então, eu serei sua primeira cliente a morrer por suicídio*”.

Respondi: “*Por inúmeras vezes você tentou se matar e não morreu. Até quando vai querer escolher o momento em que morrerá? A gente não escolhe o momento, calma, você terá seu tempo de morrer*.” Ela se calou e disse que nunca havia pensado sobre isso.

Em outra sessão, balançando sua bolsa fechada disse: “*Está vendo esta bolsa? Tem várias moedas*”.

“*O que você pretende fazer com elas?*”, indaguei.

“*Vou dá-las aos pobres*”, respondeu.

“*Qual é o significado dessa ação para você?*”

“*É bom. Costumo ajudar as pessoas; só não faço isso comigo*.”

Ao fecharmos a sessão, ela voltou seus olhos para mim, dizendo:

“*Preciso falar que o que tenho aqui não são moedas, mas é uma corrente e procurarei um lugar para me pendurar nela. Tchau*.” (saindo apressadamente).

Nesse momento, em choque, a única reação que tive foi enviar por torpedo uma mensagem: “*Por estar cansada, talvez acredite que a morte seja uma solução. Força e até semana que vem*”.

Na semana seguinte, para meu alívio, ela retornou, dizendo que não teve coragem de se matar, pois vira meu recado no celular e sentira que, de alguma maneira, eu estava sendo verdadeira com ela. E completou: “*Que raiva destes olhinhos puxados de japonês, pois eles ficam me perseguindo*”.

Ela me perguntou o motivo pelo qual me importava tanto com ela, se nunca ninguém se importara. Respondi que não sabia, mas que estava ali genuinamente por e com ela.

Depois de um mês, chegou à sessão, muito suada, respiração ofegante e com a alça de sua bolsa rasgada. Na saída do metrô, um assaltante tentara levar sua bolsa, dizendo que iria matá-la, apontando um canivete. Ela o enfrentou e, indo para cima dele, disse: “*Vem, vem me mata mesmo, eu quero morrer. Você pode me matar, pois me faria um favor*”.

Segundo ela, o assaltante respondeu: “*Ó, mulher louca!*”, tentando arrancar sua bolsa, sem conseguir levá-la. Rimos juntas da situação, percebendo, pela primeira vez, que ela sorria. Fiquei tão encantada com seu sorriso que apontei: “*Você está sorrindo...*”.

E ela respondeu: “*É. Lembro-me de você me dizendo que minha hora não era agora mesmo e que meu tempo de morrer vai chegar um dia. Quer prova melhor que essa?*”.

Descrevi parte da minha experiência com essa cliente para ilustrar outro procedimento psicoterapêutico importante: a busca de momentos nos quais o indivíduo sintia que está fazendo sentido ou, mais especificamente, a busca singular do que provoca no cliente a sensação de que ele está vivo e que viver ainda faz sentido. Com essa vivência, aprendi sobre disponibilidade afetiva, compaixão e capacidade de afetar o outro com minha atitude. Zinker (2007) cita que “não é preciso amar uma pessoa para cuidar dela com respeito” (p. 19).

Perls, Hefferline e Goodman (1997) afirmam que “O objetivo da terapia é superar a solidão, restaurar a autoestima e realizar a comunicação sintática” (p. 89). Sendo assim, qual seria o sentido de vida de cada ser humano? Pergunta talvez sem resposta, e a razão da existência é refletida no momento quando se indaga aos clientes: “Para que você existe? E, para quem você existe?”.

O suicídio é um ato de desespero, um erro, um espetáculo para quem o assiste, um alívio para quem o realizou ou um pedido de ajuda e de aprovação? Indagações talvez sem respostas, no entanto, deseja-se enfatizar a importância da preocupação constante com a tolerância do psicoterapeuta ao deparar com outro ser humano que vive sem sentido e “sem sabor”, pois o compromisso do profissional com a vida pode ofuscar ou acentuar uma miopia da confusão, do vazio e da solidão do outro.

Enfatiza-se a necessidade de explorar os pensamentos e sentimentos a fim de que os clientes possam comunicar aquilo de que precisam. Nesse sentido, propõe-se três fases de conduta do manejo psicoterapêutico na lida com

crises suicidas: 1) Perguntar e explorar; 2) Compreender, confirmar e acolher; 3) Encaminhar e acompanhar.

Primeira fase: Perguntar e explorar

É importante ampliar as possibilidades que ajudam os clientes a compartilharem sua decisão sobre o suicídio, e como Shneidman (1993) afirma: “Os psicoterapeutas podem prestar atenção aos sentimentos, especialmente nos mais estressantes, tais como, culpa, vergonha, medo, raiva, frustrações, amor não correspondido, desesperança, sensação de desamparo, solidão” (p. 27, tradução nossa).

O objetivo dessa fase é o de ouvir cuidadosamente o problema ou os problemas que o suicídio supostamente resolveria, reconhecendo a ideação suicida e levantando os fatores de risco. Dois aspectos devem ser considerados.

A exploração da intenção do suicídio, perguntando, por exemplo: “*Você pensa em se matar? Está tão difícil que você quer acabar com sua vida?*”;

2) A exploração do plano suicida, perguntando diretamente: “*Como você pensa em se matar? Você já tem um plano? Por que meio deseja se matar? Você já tem alguma data para se matar?*”.

Flanagan e Flanagan (1995) perguntam: “Você tem falado de modo que algumas vezes pensa que seria melhor para todos se você estivesse morto. Você já planejou como você se mataria se decidisse seguir seus pensamentos?” (p. 44, tradução nossa).

Segunda fase: Compreender, confirmar e acolher

O objetivo dessa fase é fazer uma compreensão do significado do ato suicida, explorando sentimentos e pensamentos do cliente, acolhendo o sentimento de impotência e solidão e confirmando que a situação é difícil e, por isso, ele imagina que sua morte poderia ser a única alternativa. Nesse momento, a ambivalência entre querer morrer e querer viver de outra maneira pode ser explorada. O psicoterapeuta deve tentar se manter calmo, adotando uma postura de acolhimento e escuta e, se possível, envolver a família. Afirma-se: “*Ou você vê o barco afundando e vai junto e não terei como acompanhá-lo, ou você vê o barco afundando e se entrega à impotência e espera o furacão passar e, nesse momento, estou ao seu lado. Trata-se de uma escolha e respeitarei o que escolher*”.

Terceira fase: Encaminhar e acompanhar

O objetivo dessa fase é compartilhar a preocupação com o cliente e com a possibilidade de ele se matar, solicitando sua permissão de saber sobre seu desespero antes dele tentar se matar. Sendo assim, encaminhar significa envolver, orientar e direcionar o cliente, a família e outros profissionais que poderão contribuir para que não haja reincidência das tentativas de suicídio. O encaminhamento será realizado em situações de crise nas quais a internação

será necessária. Já acompanhar significa acolher os momentos de dúvidas e de falta de fé em si e na vida. No acompanhamento, deve-se explorar e levantar, com o cliente, as possibilidades existenciais para que busque sentido para sua existência.

Acredita-se que o psicoterapeuta também deve se preocupar em documentar todos os contatos fora do *setting* terapêutico, as crises e o manejo psicoterapêutico.

Considerações finais

Sintetizando. O psicoterapeuta precisa conciliar a impotência e onipotência, assumindo sua potência no processo psicoterapêutico a clientes que manifestam comportamento suicida.

É necessário considerar o grau de letalidade e sofrimento psíquico, explorando os fatores de risco e proteção, investigando motivações para que o cliente possa se sentir vivo e assumir sua responsabilidade existencial. Além disso, o profissional que se dispõe a trabalhar com

o comportamento suicida deve considerar que o trabalho deve ser interdisciplinar, ou seja, não se trabalha sozinho na lida do comportamento suicida, pois cada profissional agregará esforços para os cuidados daquele que não encontra mais sentido para continuar vivo.

Partindo da premissa de que talvez a pessoa não deseje a morte, mas viver de outra maneira, há de se destacar um último aspecto importante: a disponibilidade do psicoterapeuta, no sentido de colocar sua habilidade técnica à disposição e direcionar essa habilidade para dispor de amor, ternura, acolhimento e compaixão pelo ser humano que compartilha seu sofrimento provocado pelas adversidades que a vida lhe apresenta.

A disponibilidade não representa garantia para salvar vidas, no entanto, demonstrar para qualquer um que ele é compreendido como **outro** diferente e humano faz diferença. O toque acontece somente entre humanos e, dessa maneira, a disponibilidade afetiva quanto ao cuidado pode oferecer a sensação de alívio para a solidão existencial e acalanto para o desespero.

The psychotherapist facing suicide behavior

Abstract: The dealing with suicide demands from the psychotherapist a watchful look at the risk factors and aspects related to death and human despair. The objective of this article is to offer possibilities of instrumentation to the psychotherapist with clients in suicidal crisis, providing thinking on suicide, about some procedures and strategies used in psychotherapy, both in relation to the prevention and posvention of suicide. The method used was a literature review of studies that took place in Brazil and in the USA regarding the theme of suicide, as well as the experience of 20 years in dealing with clients in suicidal crisis. Although the act of killing itself should be seen as a public health problem, it is considered that one of the ways of preventing the suicide is to comprehend and see the suicidal person as a unique being and that its numerous motivations for such behavior belong to the private domain.

Keywords: suicide, suicide prevention, psychotherapy, self-destructive behavior, suicidology.

Le psychotérapeute face au comportement suicidaire

Résumé: Le travail avec le suicide exige d'un psychothérapeute un regard attentif sur les facteurs de risque et sur les aspects liés à la mort et au désespoir humain. Le but de cet article est d'offrir au psychothérapeute des possibilités d'instrumentalisation avec des clients en situation de crise suicidaire, en fournissant des réflexions sur le suicide, sur certaines procédures et stratégies utilisées en psychothérapie, aussi bien en ce qui concerne la prévention du suicide que pour la postvention. La méthode utilisée est une collecte bibliographique des études menées au Brésil et aux Etats-Unis sur la question du suicide, ainsi que l'expérience acquise en 20 ans de consultation avec des patients en crise suicidaire. Bien que l'acte de se tuer doive être vu comme un problème de santé publique, on considère que l'un des moyens de prévenir le suicide est de comprendre et de voir la personne suicidaire comme un être unique et que ses nombreuses motivations pour un tel comportement appartiennent au domaine privé.

Mots-clés: suicide, prévention du suicide, psychothérapie, comportement auto-destructeur, suicidologie.

El psicoterapeuta frente el comportamiento suicida

Resumen: El manejo del suicidio exige del psicoterapeuta una mirada atenta a los factores de riesgo y aspectos relacionados a la muerte y la desesperación humana. El objetivo de este artículo es ofrecer posibilidades de instrumentalización al psicoterapeuta con clientes en situación de crisis suicida, proporcionando reflexiones sobre el suicidio, sobre procedimientos y estrategias utilizados en psicoterapia, tanto en relación a la prevención como a la posvención del suicidio. El método utilizado fue el levantamiento bibliográfico de estudios realizados en Brasil y en los Estados Unidos sobre el tema suicidio, así como la experiencia

de 20 años en consultas de clientes en crisis suicidas. Aunque el acto de matarse a sí mismo deba ser visto como problemática de salud pública, se considera que una de las maneras de prevenir el suicidio es comprender y ver a la persona suicida como un ser singular y que sus inúmeras motivaciones para tal comportamiento pertenecen al dominio privado.

Palabras clave: suicidio, prevención del suicidio, psicoterapia, comportamiento autodestructivo, suicidología.

Referências

- Alvarez, A. (1999). *O deus selvagem: um estudo do suicídio*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo, SP: Ed. Unesp.
- Cândido, A. M. (2011). *O enlutamento por suicídio elementos de compreensão na clínica da perda* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Flanagan, J. S., & Flanagan, R. S. (1995). Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(1), 41-47.
- Fukumitsu, K. O. (2012). *Suicídio e Gestalt-terapia*. São Paulo, SP: Digital Publish & Print.
- Jamison, K. R. (2010). *Quando a noite cai: entendendo a depressão e o suicídio*. Rio de Janeiro, RJ: Gryphus.
- Haas, C. (1999). When a client commits suicide. *Counseling Today. American Counseling Association*, 42(8), 1-6.
- Hycner, R. (1995). *De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica*. São Paulo, SP: Summus.
- Meleiro, A. M. A., Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2004). Esforços para prevenção. In B. G. Werlang & N. J. Botega (Orgs.), *Comportamento suicida* (pp. 141-152). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Merighi, M. A. B. (2002). Cuidado: enfermagem e fenomenologia. In D. S. P. de Castro (Org.), *Existência e saúde* (pp. 153-161). São Bernardo do Campo, SP: UMESP.
- Perls, F. (1979). *Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata de lixo*. São Paulo, SP: Summus.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1997). *Gestalt-terapia*. São Paulo, SP: Summus.
- Pompili, M. (2010). Exploring the phenomenology of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(3), 234-244.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. New Jersey, NJ: Jason Aronson.
- Zinker, J. (2007). *Processo criativo em Gestalt-terapia*. São Paulo, SP: Summus.

Recebido: 15/08/2013

Revisado: 14/11/2013

Aceito: 20/03/2014